

Die „Modernisierung“ des Gesundheitssystems und die Folgen für Frauen

Hahn, Daphne

2005

<https://doi.org/10.25595/3054>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hahn, Daphne: *Die „Modernisierung“ des Gesundheitssystems und die Folgen für Frauen*, in: *Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft*, Jg. 14 (2005) Nr. 1, 98–101. DOI: <https://doi.org/10.25595/3054>.

GenderOpen – Repository für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

Anmerkungen

- 1 Die writing worstfear queens sind eine in Bezug auf Alter, Geschlecht und Sexualität heterogene, in Bezug auf Weiß-Sein und deutsche StaatsbürgerInnenschaft homogene Gruppe von Menschen, die in der Vergangenheit queere Politik gemacht und/oder Theorie produziert haben, dies in der Gegenwart immer noch tun und/oder anstreben, dieses in Zukunft zu betreiben. Ferner eint sie ein Unbehagen an der derzeitigen Praxis von CSDs. Kontakt: www.queerrr-hamburg.org
- 2 Alternative zum Begriff der Minderheit, um den Prozess zu verdeutlichen, mittels dessen Gruppen und/oder Personen zur Minderheit erklärt werden.

Die „Modernisierung“ des Gesundheitssystems und die Folgen für Frauen

Daphne Hahn

Gesundheit von Frauen war in den 1970er Jahren ein Anliegen der neuen Frauenbewegung, deren Selbstverständnis von einer kritischen Haltung gegenüber der biomedizinisch orientierten Medizin geprägt war. In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich das Thema Frauengesundheit zunehmend als Forschungs- und Praxisfeld etabliert und eine Reihe von empirischen Aussagen über Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern hervorgebracht.

Frauen leben in der Bundesrepublik Deutschland gegenwärtig im Durchschnitt 5,6 Jahre länger als Männer. Die Lebenserwartung betrug 2003 bei weiblichen Neugeborenen 81,2 Jahre und bei männlichen Neugeborenen 75,6 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2004). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung lassen sich in allen westeuropäischen Ländern wiederfinden, variieren jedoch hinsichtlich des zu erwartenden Lebensalters sowie in der Differenz zwischen Männern und Frauen.

Frauen leben einerseits erheblich länger als Männer, berichten aber andererseits weit- aus häufiger über gesundheitliche Beschwerden. Untersuchungsergebnisse zeigten, dass

- Frauen und Männer sich hinsichtlich der Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, unter denen sie leiden, unterscheiden;
- in den Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern andere Faktoren wirksam sind, die ihre Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensweise bestimmen; hierzu zählen die unterschiedliche Einbindung in Beruf und Familie und die Tätigkeit in unterschiedlichen Berufsfeldern, die zu jeweils anderen körperlichen bzw. psychischen Belastungen führen;
- beide Geschlechter sich hinsichtlich körperlich-biologischer Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, unterscheiden; das umfasst zum einen die reproduktive

Gesundheit von Frauen, wie die Bereiche Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium, aber auch Zusammenhänge zwischen z.B. hormonellen Faktoren und chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs;

- Frauen und Männer auf dem Hintergrund anderer Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastungen umgehen; Frauen scheinen z.B. sensibler auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen zu reagieren und haben ein ausgeprägteres Vorsorgedenken als Männer;
- Frauen und Männer im Gesundheitswesen unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch nehmen und sie in der Versorgung unterschiedlich wahrgenommen und behandelt werden; beispielsweise erhalten Frauen weitaus mehr psychotrope, auf die Psyche wirkende Medikamente (wie Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva, Schmerzmittel oder Mittel zur Gewichtsreduktion) als Männer (vgl. BMFSFJ 2001).

Soweit ein kurzer Überblick über die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Frauengesundheitsforschung hat die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern seit Jahren thematisiert und mit vielfältigen empirischen Ergebnissen belegt. Ihre Positionen leitete sie ebenso aus der sozialwissenschaftlichen Ungleichheitsforschung, wie aus Konzeptionen der Frauen- und Geschlechterforschung ab.

Neben den vielfältigen und vor vier Jahren erstmalig in einem speziellen Frauengesundheitsbericht zusammengestellten Daten (vgl. BMFSFJ 2001), die gesundheitliche Unterschiede vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheit deutlich machen, will ich nun erstens danach fragen, ob und wie dieses Wissen in aktuelle gesetzliche gesundheitspolitische Regelungen eingegangen ist. Des weiteren untersuche ich, ob der Ansatz des Gender Mainstreaming, der seit einigen Jahren als das maßgebliche politische Konzept diskutiert wird, um die Geschlechterhierarchie abzubauen, bei der Erstellung der Gesetze berücksichtigt worden ist und geschlechtsspezifische Benachteiligungen verhindert hat. Ich diskutiere die mit dem seit Beginn 2004 gültigen „Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ einhergehenden rechtlichen Veränderungen. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Neuregelungen in der Krankenversicherung und deren konkrete Auswirkungen für Frauen.

Ein Schwerpunkt des Gesetzes ist die Veränderung der Zuzahlungsregelungen, die für die Versicherten in verschiedenen Bereichen zu Kostenerhöhungen, insbesondere bei Arzneien, Fahrkosten und Krankenhausbehandlungen, führten. Begründet wurde die Erhöhung der Zuzahlungen damit, „unwirtschaftliches Verhalten“ verhindern zu wollen. Hier spiegelt sich der zentrale Trend der Gesundheitsreformen in Deutschland wider, die Eigenverantwortung der Individuen für ihre Gesundheit zu verstärken und die Finanzierung der Versorgung zunehmend zu privatisieren.

Welche Veränderungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz wirken sich nun in besonderer Weise für Frauen aus (vgl. Pfaff 2003)?

1. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung für Arznei- und Verbandsmittel hat Konsequenzen. Im Gesetz ist die jährliche Belastungsgrenze auf 2 von Hundert (2 v.H.) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festgesetzt worden. Für sämtliche darüber liegenden Kosten sind keine Zuzahlungen mehr zu leisten. Für chronisch Kranke gilt eine Grenze von 1 v.H., wobei für die Anerkennung einer chronischen Erkrankung sehr strenge Maßstäbe eingeführt wurden. Von diesen Regelungen sind Frauen in zweierlei Hinsicht stärker betroffen. Zum einen ist der Anteil an Frauen mit chronischen Krankheiten weitaus höher als der Anteil an chronisch erkrankten Männern. Zum anderen werden Frauen viel häufiger Medikamente verordnet als Männern, da sich im Verschreibungsverhalten die Unterschiede in der Wahrnehmung und Versorgung von Frauen besonders stark widerspiegeln. Soll die Zahl der verschriebenen Medikamente reduziert werden, müsste die politische Regulierung bei den Verschreibenden ansetzen. Gegenwärtig erfolgt die Steuerung jedoch über die erhöhten zusätzlichen Kosten und trifft damit überwiegend Frauen, denen gleichzeitig unterstellt wird, zu viele Medikamente zu konsumieren.
2. Nach dem neuen Gesetz werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr durch die Krankenkassen finanziert. Auch dies betrifft Frauen stärker, weil sie eine höhere Arzneimittelnutzung aufweisen als Männer.
3. Die Übernahme von Fahrkosten ist stark eingeschränkt worden. Auch diese Regelung wirkt sich aufgrund einer höheren Inanspruchnahme auf Frauen stärker aus. Das gleiche gilt für den Selbstbehalt bei Krankenhausbehandlungen. Durch die höhere Krankenhausnutzung vor allem hochbetagter Frauen, sind sie überproportional von der Steigerung betroffen.
4. Völlig weggefallen ist die Härtefallbefreiung. Zwar gibt es eine Härtefallregelung, aber die Zuzahlungsbefreiung ist nun gänzlich verschwunden. Künftig muss pro Arzneimittel 1 Euro bezahlt werden. Für Frauen, denen insgesamt mehr Arzneimittel verschrieben werden und die außerdem häufiger an chronischen Krankheiten leiden, bedeutet das trotz Härtefallregelung insbesondere bei Mehrfacherkrankungen beträchtliche Kosten.
5. Die Sterilisation wird nach der neuen Regelung von den Krankenkassen nicht mehr finanziert (außer bei medizinischer Indikation). Dadurch sind vor allem Frauen betroffen, weil die Sterilisation überwiegend von Frauen zur Empfängnisverhütung gewählt wird. Hormonelle Verhütungsmittel bei Frauen mit geringem Einkommen wurden bisher durch die Sozialhilfe übernommen. Unabhängig vom Gesundheitsmodernisierungsgesetz, dass die Finanzierung ohnehin nur aufgrund medizinischer Indikation vorsah, werden mit Inkrafttreten von Hartz IV ehemaligen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern keine Verhütungsmittel mehr finanziert. Auch das betrifft überwiegend Frauen, zum einen, weil die Verantwortung für Verhütung nach wie vor im Wesentlichen Frauen obliegt, zum anderen, weil viele allein Erziehende Frauen von Sozialhilfe abhängig waren und sich seit Januar 2005 über Hartz IV finanzieren.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Ergebnisse des Frauengesundheitsberichtes nicht in die neue Gesundheitsreform eingeflossen sind. Auch wurde das Gesetz nicht mit Maßnahmen eines „Gender Mainstreaming“ geprüft. Betrachtet man die Veränderungen vor dem Hintergrund der eingangs dargestellten Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich ihres Krankheitsspektrums, des unterschiedlichen Umgangs mit ihrer Gesundheit wie der ebenfalls unterschiedlichen Wahrnehmung und Behandlung im Versorgungssystem lassen sich für Frauen und Männer unterschiedliche Folgen feststellen. Viele Regelungen wirken sich aufgrund gesundheitlicher Unterschiede zwischen Männern und Frauen zum Nachteil von Frauen aus.

Hinsichtlich der Diskussion über Gesundheit und Krankheit spiegeln die aktuellen Veränderungen den gegenwärtigen Trend wider, gesellschaftliche Verantwortung gegen individuelle auszutauschen. Dies wird wahrscheinlich sehr bald auch gesetzlich im aktuell diskutierten Präventionsgesetz kodiert, welches derzeit im Entwurf vorliegt und die „Eigenverantwortung“ der Individuen für ihre Gesundheit hervorhebt. Sozialstrukturell bedingte Unterschiede ebenso wie geschlechtsspezifische Ungleichheiten werden auf diese Weise eher verstärkt als reduziert. Eine Modernisierung des Gesundheitssystems aber, die allen Menschen gleichermaßen eine Verbesserung ihrer Gesundheit in Aussicht stellt, kann so nicht aussehen.

Literatur

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2001: *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Schriftenreihe des BMFSFJ; Bd. 209, Berlin: Kohlhammer.
- Pfaff, Anita, 2003: *Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG) in der Fassung vom 2. Juni 2003 aus frauen- und geschlechtsspezifischer Sicht (Gendercheck)*. Expertise im Auftrag der IG Metall.
- Statistisches Bundesamt, 2004: bevoetab3.php Internet: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe> (Abfrage 10.02.2004).